

INFORMACION ACERCA DEL PADRE BIOLÓGICO

NOMBRE DEL NIÑO:		NUMERO DEL CASO:
NOMBRE DEL TRABAJADOR DEL CASO:		NOMBRE DE LA OFICINA/AGENCIA:

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO:

- Escriba claramente con letra de molde - usando tinta.
- Complete todas las preguntas. Si no sabe la respuesta a alguna pregunta, escriba "no sé".
- El formulario AD 67A se divide en dos partes separadas. La SECCION I consiste de información "que conduce a una identificación", y se conservará de manera confidencial. No se le dará ninguna de esta información a su hijo adoptado ni a sus padres adoptivos, a menos que usted nos haya dado permiso por escrito para hacerlo. La SECCION II consiste de información "que no identifica" sobre los antecedentes e historial de la salud de usted. La ley de California sobre adopciones, requiere que se dé una copia de la SECCION II a los padres adoptivos de su hijo antes que se emita la decisión final de adopción, y a petición por escrito del niño adoptado cuando cumpla 18 años.
- Se requiere toda la información que se solicita en este formulario, para completar la adopción de su hijo.

SECCION I — INFORMACION SOBRE EL PADRE BIOLÓGICO QUE CONDUCE A UNA IDENTIFICACION

A. NOMBRE/DIRECCION:

NOMBRE DEL PADRE BIOLÓGICO (NOMBRE, NOMBRE DE EN MEDIO, APELLIDO)			OTROS NOMBRES CON QUE SE LE CONOCE	
NUMERO DE SEGURO SOCIAL	NO. DE LA LICENCIA DE MANEJAR	FECHA DE NACIMIENTO (MES, DIA, AÑO)	LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD, ESTADO, PAIS)	
DIRECCION ACTUAL (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL)			NUMERO DE TELEFONO	
			(AREA) NUMERO	
DIRECCION PERMANENTE PARA RECIBIR CORREO (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL)*			NUMERO DE TELEFONO PERMANENTE	
			(AREA) NUMERO	
RESTRICCIONES PARA USAR LA DIRECCION PERMANENTE PARA EL CORREO, SI LAS HAY				

B. PADRES DEL PADRE BIOLÓGICO:

NOMBRE DE LA MADRE DEL PADRE BIOLÓGICO (NOMBRE, NOMBRE DE EN MEDIO, APELLIDO)		NOMBRE DEL PADRE DEL PADRE BIOLÓGICO (NOMBRE, NOMBRE DE EN MEDIO, APELLIDO)	
DIRECCION	CALLE	CIUDAD	CIUDAD
ESTADO	CODIGO POSTAL		CODIGO POSTAL
¿SABE SU MADRE ACERCA DE ESTA ADOPCION?		¿SABE SU PADRE ACERCA DE ESTA ADOPCION?	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SE		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SE	
SI EN EL FUTURO NECESITAMOS PONERNOS EN CONTACTO CON UD., ¿PODEMOS COMUNICARNOS CON SU MADRE?		SI EN EL FUTURO NECESITAMOS PONERNOS EN CONTACTO CON UD., ¿PODEMOS COMUNICARNOS CON SU PADRE?	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

C. PATERNIDAD DEL MENOR:

¿Ha estado casado alguna vez con la madre biológica del niño? Sí No
 Si la respuesta es "Sí", indique la fecha y el lugar del matrimonio: _____
 Si se divorciaron, indique la fecha y el lugar del divorcio: _____

¿Han intentado casarse alguna vez usted y la madre biológica del niño? Sí No
 Si la respuesta es "Sí", explique. _____

¿Actualmente está casado con la madre biológica? Sí No

D. OTROS HIJOS:

¿Tiene otros hijos además del que se está adoptando? Sí No
 Si la respuesta es "Sí", complete el siguiente artículo:

NOMBRE DEL NIÑO	SEXO		MARQUE (✓) SI ES PARIENTE CONSANGUINEO DEL NIÑO ADOPTIVO		FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO	¿QUIEN ESTA CUIDANDO A ESTE NIÑO? (Especifique el parentesco que tiene con el niño.)
	M	F	COMPLETO	MEDIO		
1.						
2.						
3.						
4.						

* NOTA: Es importante que usted notifique al Departamento de Servicios Sociales de California (California Department of Social Services) de cualquier cambio en su dirección permanente para recibir correo.

E. ASCENDENCIA DE INDIOS (INDIGENAS) DE LOS ESTADOS UNIDOS:

¿Es usted o cualquiera de sus padres, u otro pariente, indio (indígena) de los Estados Unidos?... Sí No

Si la respuesta es "Sí", indique el nombre y localidad de la tribu, y grado de sangre india (si lo sabe): _____.

F. ASESORAMIENTO PSICOLOGICO:

¿Ha visitado alguna vez a algún psicólogo, psiquiatra, trabajador social, u otro consejero debido a algún problema emocional o psicológico que usted pudiera haber tenido? Sí No

Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:

FECHAS Y MOTIVOS PARA RECIBIR TRATAMIENTO:

NOMBRE DEL TERAPEUTA Y/U OFICINA QUE PROPORCIONO EL TRATAMIENTO:	LUGAR:
--	--------

MENCIONE LOS MEDICAMENTOS QUE LE RECETARON DURANTE SU TRATAMIENTO:

MOTIVO PARA LA DESCONTINUACION, SI YA NO RECIBE TRATAMIENTO:

G. PREGUNTAS SOBRE ADOPCION: (solamente para adopciones independientes)

1. ¿Tiene usted su propio abogado para esta adopción?..... Sí No

2. ¿El abogado suyo es también el abogado de los padres adoptivos?..... Sí No No sé

3. ¿Quién pagó los gastos de este embarazo, cuidado prenatal, parto y otros gastos? _____

4. ¿Cuánto pagaron? (Por favor indique si no sabe.) _____

5. La ley de California sobre adopciones establece que los padres biológicos que colocan a un niño para que sea adoptado tienen que tener conocimiento personal de la información siguiente con respecto a los posibles padres adoptivos: su nombre legal completo; edad; religión; raza o grupo étnico; duración del matrimonio actual y número de matrimonios previos; empleo; si otros niños o adultos viven en el hogar; si hay otros niños que no residen en el hogar de ellos, la obligación de mantenimiento de hijos con respecto a estos niños, y el no satisfacer estas obligaciones; cualquier condición de salud que pudiera reducir su promedio de vida, o disminuir sus actividades normales diarias; cualquier condena por delitos que no sean infracciones menores de las reglas de tráfico; cualquier traslado de niños de su cuidado debido al abuso o negligencia de niños; y el área general donde viven, o su dirección, si se lo piden.

6. ¿Tiene usted por lo menos esta información sobre los padres adoptivos? Sí No

7. ¿Qué otra información adicional desea o necesita usted acerca de los padres adoptivos? _____

8. ¿Ha conocido usted a los padres adoptivos? Sí No

9. Si la respuesta es "Sí", ¿qué tan bien los conoce? _____

FIRMA DEL PADRE BIOLÓGICO	FECHA EN QUE SE COMPLETO EL FORMULARIO
---------------------------	--

La información anterior fue proporcionada por: (marque la casilla pertinente)

la madre biológica el padre biológico otro (explique) _____.

NOMBRE DEL NIÑO:		NUMERO DEL CASO:
NOMBRE DEL TRABAJADOR DEL CASO:		NOMBRE DE LA AGENCIA:

SECCION II — INFORMACION ACERCA DEL PADRE BIOLOGICO QUE NO CONDUCE A UNA IDENTIFICACION

Se dará esta información a los padres adoptivos y estará a la disposición del hijo de Ud. Por favor conteste todas las preguntas lo mejor que pueda.

PARTE I — CARACTERISTICAS DEL PADRE BIOLOGICO EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO DEL NIÑO ADOPTIVO

A. INFORMACION GENERAL Y DESCRIPCION FISICA:

LUGAR DE NACIMIENTO (SOLO ESTADO)	ESTATURA	PESO NORMAL	COLOR DE OJOS	COLOR DE LA PIEL	COLOR NATURAL DEL PELO	TEXTURA NATURAL DEL PELO (MARQUE LO QUE SEA PERTINENTE.) <input type="checkbox"/> DELGADO <input type="checkbox"/> MEDIO <input type="checkbox"/> GRUESO <input type="checkbox"/> LACIO <input type="checkbox"/> ONDULADO <input type="checkbox"/> RIZADO <input type="checkbox"/> ESCASO
FECHA DE NACIMIENTO (AÑO SOLAMENTE)	TIPO DE SANGRE	Factor RH	CLASE DE CUERPO <input type="checkbox"/> HUESOS CHICOS <input type="checkbox"/> HUESOS MEDIANOS <input type="checkbox"/> HUESOS GRANDES		¿ES UD. DIESTRO (USA LA MANO DERECHA)? <input type="checkbox"/>	¿ES UD. ZURDO (USA LA MANO IZQUIERDA)? <input type="checkbox"/>

Raza/Grupo étnico

- Blanco Hispano Filipino Negro Asiático o isleño del Pacífico
 Indio (indígena) de los EE. UU. o de Alaska Otro _____

Si es indio (indígena) de los EE. U. o de Alaska, por favor especifique el nombre de la tribu y el grado de sangre india (*si lo sabe*): _____.

SU ASCENDENCIA ESPECIFICA (POR EJEMPLO: IRLANDESA, FRANCESA, ALEMANA, CANTONESA, MEXICANA, NIGERIANA)

B. EDUCACION:

ULTIMO AÑO COMPLETADO	¿ASISTE A LA ESCUELA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CALIFICACIONES NORMALES EN LA ESCUELA	OTRO ENTRENAMIENTO/CAPACITACION
-----------------------	--	---------------------------------------	---------------------------------

ACTIVIDADES FUERA DEL PLAN DE ESTUDIOS

MATERIAS QUE LE INTERESAN

C. OCUPACION:

OCUPACION ACTUAL	¿CUANTO TIEMPO?	OCUPACION NORMAL
------------------	-----------------	------------------

¿CUAL ES SU META DE EMPLEO? (POR EJEMPLO: SER MAESTRO, SOLDADOR, AGENTE DE VENTAS)

D. PERSONALIDAD:

DESCRIBA SU PERSONALIDAD EN TERMINOS DE COMPORTAMIENTO NORMAL, ACTITUDES, HUMOR, ACTIVIDADES EN LAS CUALES NORMALMENTE PARTICIPA, CLASES DE PERSONAS CON LAS CUALES DISFRUTA ESTAR, ETC.

DESCRIBA SUS HABILIDADES/TALENTOS, PASATIEMPO, Y METAS EN LA VIDA.

E. PREGUNTAS SOBRE ADOPCION:

1. ¿QUE RELIGION PRACTICA USTED?

2. ¿ESTA USTED DISPUESTO A QUE CRIEN A SU HIJO EN LA RELIGION DE LOS PADRES ADOPTIVOS, SI ES DIFERENTE A LA SUYA?

SI NO

SI LA RESPUESTA ES "NO", ¿EN QUE RELIGION DESEA USTED QUE CRIEN A SU HIJO?

¿POR QUE COLOCO A ESTE NIÑO EN ADOPCION? (POR FAVOR CONTESTE LO MEJOR QUE PUEDA. ESTA PREGUNTA ES LA QUE MAS FRECUENTEMENTE HACEN LOS ADULTOS ADOPTADOS A LAS AGENCIAS.)

SI NO COLOCO A SU NIÑO EN ADOPCION AL NACER, DE LA INFORMACION SOBRE SU CUIDADO, SALUD Y DESARROLLO ANTES DE LA COLOCACION.

¿COMO SE SIENTE SI EL NIÑO ADOPTADO SE PONE EN CONTACTO CON USTED CUANDO LLEGUE A LA EDAD ADULTA?

F. HISTORIAL PERSONAL DE SALUD:

DESCRIBA SU SALUD EN GENERAL.

¿QUE ENFERMEDADES TUVO EN SU NIÑEZ?

SARAMPION: RUBEOLA (3 DIAS)
 RUBEOLA (2 SEMANAS)
 OTRA (especifique)

PAPERAS
 VARICELA

TOS FERINA
 ROSEOLA
 ASMA

FIEBRE DEL HENO
 ENCEFALITIS
 MENINGITIS

INFECCIONES EN OIDOS
 MURMULLO CARDIACO
 ESCARLATINA

FIEBRE REUMATICA
 INFECCION DEL TRACTO URINARIO

¿HA TENIDO CIRUGIA EXTENSA?

SI NO SI CONTESTA "SI", ¿PARA CUALES CONDICIONES y cuándo?

¿ES USTED

GEMELO? TRILLIZO? MIEMBRO DE OTRO NAC. MULTIPLE?

¿ES USTED GEMELO

IDENTICO? NO IDENTICO?

¿TOMO BEBIDAS ALCOHOLICAS, FUMO TABACO, O USO DROGAS ILEGALES ANTES QUE SE HAYA ENGENDRADO EL NIÑO?

SI NO SI CONTESTA "SI", ANOTE LA CLASE DE SUBSTANCIA, POR CUANTO TIEMPO LO HIZO, Y CON QUE FRECUENCIA.

G. HISTORIAL DE LA FAMILIA:

¿ES USTED O A ALGUN MIEMBRO INMEDIATO DE LA FAMILIA ADOPTADO?

SI NO SI LA RESPUESTA ES "SI", POR FAVOR DIGA QUIEN.

	SU PADRE BIOLOGICO		SU MADRE BIOLOGICA	
	ESTATURA	PESO	ESTATURA	PESO
Edad actual				
Si ha fallecido, la edad al morir...				
Causa de muerte.....				
Estatura y peso.....	ESTATURA	PESO	ESTATURA	PESO
Color y textura de pelo				
Color de ojos				
Color de piel				
Zurdo(a) o diestro(a)				
Señas particulares.....				
Educación completada				
Ocupación				
Raza/Grupo étnico	<input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> HISPANO <input type="checkbox"/> NEGRO <input type="checkbox"/> FILIPINO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> ASIATICO O ISLEÑO DEL PACIFICO <input type="checkbox"/> INDIO (INDIGENA) DE LOS EE.UU. O DE ALASKA		<input type="checkbox"/> BLANCA <input type="checkbox"/> HISPANA <input type="checkbox"/> NEGRA <input type="checkbox"/> FILIPINA <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> ASIATICA O ISLEÑA DEL PACIFICO <input type="checkbox"/> INDIA (INDIGENA) DE LOS EE.UU. O DE ALASKA	
Nacionalidad.....				
Religión				
¿Sabía este(a) padre/madre del embarazo?.....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿Cuántos hermanos y hermanas tuvo?.....				
Si alguno de los tíos y tías de Ud. han muerto, dé la edad al morir y la causa de muerte				
	LOS PADRES DEL PADRE DE USTED		LOS PADRES DE LA MADRE DE USTED	
	PADRE	MADRE	PADRE	MADRE
Edad				
Si ha muerto, dé la edad al morir y la causa de muerte.....				
Describa su apariencia física....				
Estatura y peso.....	ESTATURA	PESO	ESTATURA	PESO
Señas particulares.....				
Educación completada				
Ocupación actual o anterior				
¿Sabía del embarazo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

G. HISTORIAL DE LA FAMILIA: (Continuación)**LOS HERMANOS Y HERMANAS DE USTED***(Si tiene más de 4 hermanos, por favor use más papel.)*

	1		2		3		4	
Sexo (masculino o femenino)								
Edad								
Si ha fallecido, dé la edad al morir y la causa de muerte								
¿Hermano(a) o medio(a) hermano(a)?	<input type="checkbox"/> HERM.(A)	<input type="checkbox"/> MEDIO(A)						
Estatura y peso.....	ESTATURA	PESO	ESTATURA	PESO	ESTATURA	PESO	ESTATURA	PESO
Color y textura del pelo.....								
Color de ojos								
Color de piel								
Pasatiempo y habilidades/talentos..								
Ultimo año que completó en la escuela								
¿Asiste ahora a la escuela?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO						
Ocupación								
¿Sabía del embarazo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO						
Estado civil								
¿Cuántos niños tiene?.....								
Salud de los niños de él/ella.....								

LOS OTROS HIJOS DE USTED*(Si tiene más de 4 hijos, por favor use más papel.)*

	NIÑO #1		NIÑO #2		NIÑO #3		NIÑO #4	
Indique si es hijo o hija								
Fecha de nacimiento o edad								
¿Es este niño hermano(a) o medio(a) hermano(a) del niño adoptivo?.....	<input type="checkbox"/> HERM.(A)	<input type="checkbox"/> MEDIO(A)						
Si ha fallecido, dé la edad al morir.								
Causa de muerte								
Estatura y peso.....	ESTATURA	PESO	ESTATURA	PESO	ESTATURA	PESO	ESTATURA	PESO
Color y textura del pelo.....								
Color de ojos								
Color de piel								
Zurdo o diestro								
Año escolar.....								
¿Este niño vive con usted?.....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO						
Pasatiempo y habilidad/talento								
Salud general.....								
Cirugía extensa.....								
Problemas de salud								
¿Sabía este niño del embarazo? ...	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO						

H. HISTORIAL DE LA SALUD DE USTED, DE SUS PADRES Y DE OTROS PARIENTES:

Indique marcando la casilla apropiada si USTED o cualquier PARIENTE (es decir, sus padres, hermanos, hermanas, tíos, tías, abuelos, otros niños que usted tuvo, etc.) han tenido o tienen ahora las condiciones médicas que se mencionan enseguida. Indique el parentesco de la persona con usted. Por favor complete la sección de comentarios. Si alguna condición médica resultó en la muerte de algún miembro de la familia, indique esto, y la edad aproximada de la persona en el momento de la muerte en la sección de comentarios.

CONDICION MEDICA	NO	No sé	SI yo	SI - PARIENTE (Especifique el parentesco.)	COMENTARIOS
A. IMPEDIMENTOS CONGENITOS					
1. Pie Zambo (<i>clubfoot</i>) u otro problema ortopédico (ej., pies planos, etc.)					
2. Labio leporino (partido) o paladar partido					
3. Síndrome de Down					
4. Otra anomalía cromosomal					
5. Hidrocéfalo					
6. Distrofia muscular					¿Partes del cuerpo afectadas? ¿Edad en que comenzó?
7. Enanismo					
8. Espina bífida					
9. Defecto congénito del corazón					
10. Drepanocitosis (<i>Sickle Cell Anemia</i>)					
11. Enfermedad de Tay-Sachs					
B. ALERGIAS					¿Se conoce la causa? ¿Qué tratamiento? ¿Qué medicamento?
1. Eccema u otra condición cutánea					
2. Fiebre del heno u otra alergia					
3. Alergia a medicamentos					¿A qué medicamentos?
4. Alergia a ciertos alimentos					¿A qué alimentos?
C. TRASTORNOS DENTALES, DE LOS OJOS, DEL OIDO Y DEL DESARROLLO					
1. Ceguera, glaucoma, daltonismo (imposibilidad de distinguir colores) u otros problemas visuales					
2. Lentes correctivos o lentes de contacto					¿A qué edad se necesitaron los lentes recetados?
Miopía <input type="checkbox"/>					
Hipermetropía <input type="checkbox"/>					
Astigmatismo (incapacidad para enfocar) <input type="checkbox"/>					
Estrabismo (bizquera) <input type="checkbox"/>					
Otro (explique) <input type="checkbox"/>					
3. Frenos en los dientes u otros trabajos de ortodoncia					Si marca "SI", ¿qué clase de trabajo de ortodoncia y por cuánto tiempo?

H. HISTORIAL DE LA SALUD DE USTED, DE SUS PADRES Y DE OTROS PARIENTES: (Continuación)

CONDICION MEDICA	NO	No sé	SI yo	SI - PARIENTE (Especifique el parentesco.)	COMENTARIOS
4. Sordera u otros problemas del oído					¿Educación especial? Si la respuesta es "SI", indique la edad que comenzó.
5. Problemas del habla					
6. Impedimento para aprender					
7. Retraso: mental o físico					¿Hubo diagnóstico? ¿Hubo hospitalización?
D. TRASTORNOS DE LA CIRCULACION					
1. Hemofilia					
2. Drepanocitosis (<i>Sickle Cell Anemia</i>) o característica de drepanocitos					
3. Hipertensión (presión alta de la sangre)					¿Edad en que comenzó? ¿Qué tratamiento? ¿Hospitalización?
4. Apoplejía (<i>Stroke</i>)					
5. Ataque al corazón (coronario)					
6. Artritis					¿Qué clase? ¿Edad en que comenzó? ¿Qué parte del cuerpo?
7. Enfermedad de los riñones					¿Edad en que comenzó? ¿Qué clase de tratamiento?
E. TRASTORNOS HORMONALES					¿Edad en que comenzó? ¿Qué clase de tratamiento?
1. Diabetes					
2. Trastornos de la tiroides					
3. Obesidad (padecer de sobre peso)					
F. TRASTORNOS RESPIRATORIOS					¿Se conoce la causa? ¿Qué clase de tratamiento?
1. Asma					
2. Enfisema					¿Edad en que comenzó?
3. Tuberculosis					¿Edad en que comenzó? ¿Qué clase? ¿Qué parte del cuerpo?
G. TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO					¿Edad en que comenzó? ¿Qué tratamiento? ¿Hospitalización?
1. Esquizofrenia diagnosticada					
2. Maniacodepresivo diagnosticado					
3. Otras enfermedades mentales. Describa, usando una página adicional si es necesario.					
4. Alcoholismo o el tomar mucho					
5. Uso de drogas					¿Clase, cantidad, y tomadas cuándo?

H. HISTORIAL DE LA SALUD DE USTED, DE SUS PADRES Y DE OTROS PARIENTES: (Continuación)

CONDICION MEDICA	NO	No sé	SI yo	SI - PARIENTE (Especifique el parentesco.)	COMENTARIOS
H. TRASTORNOS LINFATICOS					¿Qué clase? ¿Edad en que comenzó? ¿Qué parte del cuerpo?
1. Cáncer					
2. Tumores					
3. Fibrosis cística					
4. Enfermedad de Hodgkin					
I. TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO					¿Partes del cuerpo afectadas? ¿Edad en que comenzó?
1. Esclerosis múltiple					
2. Enfermedad de Huntington					
3. Parálisis cerebral					
4. Ataques o convulsiones					¿Edad en que comenzó? ¿Qué tratamiento? ¿Frecuencia?
5. Epilepsia					
J. INFECCION, HOSPITALIZACION					¿Diagnóstico?
1. Ataques repetidos de fiebre con infección conocida					
2. Infección grave repetida que necesitó hospitalización					
3. Hospitalización, operación, o lesión					¿Para qué? ¿Cuándo?
K. OTROS PROBLEMAS MEDICOS O DE LA SALUD					